

「聯康」住院保障計劃投保書

通訊地址:香港中環德輔道中 71 號永安集團大廈 9 樓

客戶服務熱線: 31875100

傳真: 3906 9906

電郵: medicaladmin_ins@bcgroup.com

重要事項 Important Notes:

進行申請前，請先了解「聯康住院保障計劃」是否符合您選購醫療保險計劃的目的及保險需要:

Before applying 「聯康住院保障計劃」, please understand if the product fulfill your **objective(s) of purchasing medical insurance** and your **insurance need(s)**:

- 「住院及手術保障」保障為償款性住院保險，支付住院醫療費用支出。

Hospital and Surgical Benefits are indemnity type hospitalization insurance to cover the medical expenses for hospital confinement.

- 「住院現金」保障為現金保險，保障住院期間收入損失。

Hospital Cash Benefits are cash income insurance to cover the loss of income due to hospital confinement.

如需了解產品的保障內容，請參考「聯康住院保障計劃」的產品簡介，或瀏覽中銀集團保險網站 (www.bocgins.com)。

If you want to know more about the product information, please read the product leaflet of 「聯康住院保障計劃」, or visit our BOCG Insurance' website (www.bocgins.com).

投保人聲明 Declaration of the Proposer:

本人已閱讀「聯康住院保障計劃」的產品簡介並了解其保障範圍、保費表及主要不保事項等內容。本人確認產品符合本人選購醫療保險計劃的目的及保險需要，並進行投保申請。

I have read the product leaflet of 「聯康住院保障計劃」 and understand the scope of coverage, premium table and major exclusions of the product. I confirm the product meets objective(s) of my purchasing medical insurance and my insurance need(s) and would start the application process.

客戶注意事項：

1. 投保人請以英文正楷填寫及在適當方格內加「✓」號。任何答案如有更改，敬請在旁簽署。
2. 若不清楚此投保書需要透露的資料內容，請致電中銀集團保險有限公司(下稱“中銀集團保險”)客戶服務熱線 (852) 3187 5100 或您的經紀/代理查詢查詢。讓保險公司了解實況，有助保障投保人及/或受保人的利益；若未能充份透露實情，將會使投保人及/或受保人得不到所需求的保障，甚至使保單失效。
3. 若此投保書所含的內容與保單條款有任何歧異，概以保單為準。
4. 「聯康住院保障計劃」(下稱“本計劃”)由中銀集團保險承保。

必須填寫項目 Mandatory Fields (如果提供的附夾文件中已有投保書所需資料，或之前曾提供予中銀集團保險且無須更新的資料，可不必填寫。)

| |
|--------------|
| 投保人資料 |
|--------------|

若以信託投保，請於中銀集團保險網頁www.bocgins.com 下載「客戶信息收集表」，填妥後連同投保書一同遞交。如有任何查詢，請聯絡客戶服務熱線(852) 3187 5100。(信託指根據信託法規法律，財產授予人委託受託人成立信託，使得受益人獲得利益。)

| | |
|--|------------------|
| 1. 工會名稱: | 2. 會員證編號: |
| 3. 英文姓名# (請先填寫姓氏) | 4. 中文姓名# |
| 5. 性別# <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 6. 香港身份證號碼/護照號碼# |
| 7. 出生日期# (日/ 月/ 年) | 8. 國籍# |
| 9. 通訊地址# | |
| 10. 住址 <input type="checkbox"/> 與通訊地址相同 | |
| 11. 聯絡資料 | |
| 手提# | 住宅 |
| 公司 | 電郵地址# |
| 10. 賠償入賬必須是香港銀行戶口# + | |
| 本人之銀行及分行名稱 _____ | 自動轉賬戶口號碼 |

+ 所有受保人必須以同一銀行轉賬戶口作為賠償過數之用。如未能提供銀行戶口，賠償將以支票支付予投保人。

| | |
|---|--|
| 11. 投保人職業# Occupation Proposer | |
| <input type="checkbox"/> 01- 政要人士 Political VIP | <input type="checkbox"/> 06- 技術工人 Skilled workers |
| <input type="checkbox"/> 02- 官員和管理人員 Officers and Managers | <input type="checkbox"/> 07- 體力勞動者 Manual workers |
| <input type="checkbox"/> 03- 專家和技術人員 Experts and Technicians | <input type="checkbox"/> 08- 武裝部隊、警察、海關等執法人員 Armed forces and Customs Personnel and Police etc |
| <input type="checkbox"/> 04- 文員和事務工作者 Clerks and Administrators | <input type="checkbox"/> 09- 無業人員 Unemployed |
| <input type="checkbox"/> 05- 服務和銷售人員 Services and Sales Staff | <input type="checkbox"/> 10- 其他 Others (請說明 Please indicate) _____ |

受保人資料及保費 (HK\$) (受保人: 指於此計劃要求被保障的人士)

| 受保人姓名 (英文) [#] (請先填寫姓氏) (以香港身份證所載為準) | 中文姓名 [#] | 香港身份證/ 護照號碼 / 出生證件號碼 (11 歲以下) [#] | 性別 [#] | 出生日期 [#] (日/月/年) | 國籍 [#] (國家/地區) | 居住地 [#] | 身高 [#] (米) | 體重 [#] (千克) | 全年保費 (HK\$) |
|---|-------------------|---|-----------------|------------------------------|----------------------------|------------------|------------------------|-------------------------|----------------|
| 投保人 | | | | | | | | | |
| 配偶 | | | | | | | | | |
| 子女 1 | | | | | | | | | |
| 子女 2 | | | | | | | | | |
| 子女 3 | | | | | | | | | |

總保費及保費徵費[^] (HK\$)

| | |
|-------------|--|
| 保費 | |
| 折扣後保費(如適用): | |
| 保監局保費徵費: | |
| 應付總額: | |

[^]保險業監管局(「保監局」)將按適用徵費率向保單持有人收取保費徵費。為避免任何法律後果,保單持有人需於繳交保費時向保險公司繳付該筆保費的訂明徵費,並由保險公司將該已繳付的徵費轉付予保監局。徵費金額會因應徵費率調整而有所變更。有關詳情,請瀏覽保監局的網頁 www.ia.org.hk。

繳付保費方法及授權書

- A. 以支票付款
請以劃線支票抬頭寫「中銀集團保險有限公司」並交回。
- B. 以信用卡付款,請填妥下列信用卡付款授權書。

信用卡付款授權書

| | | |
|---|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Visa | <input type="checkbox"/> Master | <input type="checkbox"/> 中銀銀聯雙幣信用卡(必需由香港發出) |
| 持卡人姓名 | 香港身份證號碼 | 信用卡戶口號碼 |
| | | 信用卡到期日(月/年) (M/Y) |
| 本人茲授權「中銀集團保險有限公司」從本人的信用卡戶口每年支付「聯康住院保障計劃」應繳保費及保費徵費金額,直至另行通知。 | | |
| 若信用卡持有人並非投保人,請填寫以下資料。 | | |
| 1. 與投保人關係: _____ | | |
| 2. 代投保人支付保費及保費徵費原因: <input type="checkbox"/> 本人同意及承擔以下投保人之全數應繳之「聯康住院保障計劃」保費及保費徵費金額,本人亦明白如因終止保單而產生的任何退費會以支票方式給予投保人。 | | |
| (先生/太太/女士) | 香港身份證號碼 | |
| 持卡人簽署(須與信用卡簽署式樣相同) | 聯絡電話號碼 | 日期(日/月/年) |
| X | S.V. | |

健康聲明

(本投保書內所有受保人必須詳閱及回答下列所有問題。所有未經填報之健康狀況而引致的任何賠償申請,將不獲批核。)

| | 是 | 否 |
|--|------------------------------------|----------------------------------|
| 1. 在過去 5 年本人及/或受保人曾否 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i.) 住院或因嚴重疾病/創傷需要向專科醫生尋求醫療諮詢、斷症性之檢查、治療或做手術,或接受或被建議接受 X 光、心電圖、磁力共振顯影、電腦掃描、性病或肝炎或愛滋病之測試、或其他化驗/檢查? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii.) 因任何病徵、疾病、缺陷或身體狀況例如但不限於肝炎帶菌者、糖尿病、腎病、高血壓、關節炎、心臟血管疾病、各類型癌症或腫瘤導致現在或將來急需做手術或接受長期治療? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 在過去 5 年本人及/或受保人曾否因住院向保險公司索償或在投保壽險或醫療保險時被拒絕、或有關保單被取消、增加保費或附加限制? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 如在上述問題答案的任何一題選擇「是」,請另紙填寫該受保人姓名及詳細健康狀況如疾病性質、症狀、發病日期所接受之護理及治療,上一次求診日期及結果,並附上有關醫療報告,由有關受保人簽署後(如 16 歲以下須投保保人簽署),連同投保書一併交回中銀集團保險有限公司核辦。 | 另有附頁說明 <input type="checkbox"/> | 附上報告 <input type="checkbox"/> |

聲明 Declaration

1. 本人謹此聲明本人及/或受保人於申請這份保險時為年齡介乎 15 日至 65 歲居於香港特別行政區的合法居民。
2. 本人謹此聲明，本人已向上述家屬(如有)取得授權，於本投保書之陳述乃真確無訛，可作為簽發保單之根據。本人亦明白如資料錯誤或不詳盡，本人及/或受保人之保障有失效之虞。
3. 本人謹此聲明，本投保書是在香港特別行政區內簽署，如有任何訛騙或資料失實，本人及/或受保人之保障有失效之虞。本人在此授權任何醫生、醫院、診所、保險公司及其他人士，均可向中銀集團保險提供本人及/或上述家屬(如有)健康情況及病歷詳細資料。此授權書之影印本與正本有同等效力。
4. 本人同意中銀集團保險保留一切有關投保書接納與否之權利，並明白由收到並接納投保書起計 10 個工作天後保障開始生效。本人明白必須繳付全額保費及保單生效後，中銀集團保險對本人及/或受保人之保險責任始行生效。同時，在保單生效日後首 30 天內發生之疾病，均不在保障範圍內。

收集個人資料聲明 Personal Information Collection Statement

本人明白本人提供的資料為中銀集團保險提供保險業務所需，並可能使用於下列目的 I understand that the information provided by me to BOCG Insurance is collected to enable BOCG Insurance to carry on insurance business and may be used for the purpose of:

1. 處理及審批本人的保險申請或本人將來提交的保險申請 processing and evaluating my insurance application and any future insurance application I may make;
2. 執行本人保單的行政工作及提供與本人保單相關的服務 administering my insurance policy and providing services in relation to my insurance policy;
3. 分析或調查、處理及支付本人保單有關的索償 analysis or investigating, processing and paying claims made under my insurance policy;
4. 發出繳交保費通知及向本人收取保費、保費徵費及欠款 invoicing and collecting premiums, premium levy and outstanding amounts from me;
5. 任何與保險有關的產品或服務的任何更改、變更、取消或續期 any alterations, variations, cancellation or renewal of any insurance related product or service;
6. 就以上用途聯絡本人 contacting me for any of the above purposes;
7. 中銀集團保險行使任何代位權 exercising any right of subrogation by BOCG Insurance;
8. 其它與上述用途有直接關係的附帶用途 other ancillary purposes which are directly related to the above purposes;及
9. 遵循適用法律、條例及業內守則及指引 complying with applicable laws, regulations or any industry codes or guidelines.

中銀集團保險亦可因應上述用途將本人及/或受保人的個人資料移轉予下列各方 BOCG Insurance may disclose my and/or the Insured Person's personal data for the above purposes to the following classes of transferees:

- a. 就上述用途，向中銀集團保險提供行政、通訊、電腦、付款、保安及其它服務的第三方代理、承包商及顧問 (包括：醫療服務供應商、緊急救援服務供應商、電話促銷商、郵寄及印刷服務商、資訊科技服務供應商及數據處理服務商) third party agents, contractors and advisors who provide administrative, communications, computer, payment, security or other services which assist BOCG Insurance to carry out the above purposes (including medical service providers, emergency assistance service providers, telemarketers, mailing houses, IT service providers and data processors);
- b. 處理索賠個案的理賠師、理賠調查員及醫療顧問 in the event of a claim, loss adjudicators, claims investigators and medical advisors;
- c. 追討欠款的收數公司或索償代理 in the event of default, debt collectors and recovery agents;
- d. 保險資料服務公司及信貸資料服務公司 insurance reference bureaus or credit reference bureaus;
- e. 再保公司及再保經紀 reinsurers and reinsurance brokers;
- f. 本人的保險經紀(若有) my insurance broker (if I have one);
- g. 中銀集團保險的法律及專業業務顧問 BOCG Insurance's legal and professional advisors;
- h. 中銀集團保險的關連公司(以《公司條例》內的定義為準) BOCG Insurance's related companies (as that term is defined in the Companies Ordinance);
- i. 現存或不時成立的任何保險公司協會或聯會或類同組織(「聯會」)及其會員，以達到任何上述或有關目的，或以使「聯會」執行其監管職能，或其他基於保險業或任何「聯會」會員的利益而不時在合理要求下賦予「聯會」的職能 any association, federation or similar organization of insurance companies ("Federation") and its members that exists or is formed from time to time for any of the above or related purposes or to enable the Federation to carry out its regulatory functions or such other functions that may be assigned to the Federation from time to time and are reasonably required in the interest of the insurance industry or any member(s) of the Federation;
- j. 透過「聯會」移轉予任何「聯會」的會員，以達到任何上述或有關目的 any member(s) of the "Federation" by the "Federation" for any of the above or related purposes;
- k. 任何有關的公司，或任何其他從事與保險或再保險業務有關的公司，或與保險業務有關的中介人或索償或調查或其他服務提供者，以達到任何上述或有關目的 any related company or any other company carrying on insurance or reinsurance related business or an intermediary or a claims or investigation or other service provider providing services relevant to insurance business for any of the above or related purposes;
- l. 保險索償投訴局及同類的保險業機構 the Insurance Claims Complaints Bureau and similar industry bodies;及
- m. 法例要求或許可的政府機關 government agencies and authorities as required or permitted by law.

本人在此授權中銀集團保險可向「聯會」從保險業內收集的資料中查閱及/或核對本人及/或受保人任何資料 BOCG Insurance is hereby authorized to obtain access to and/or to verify any of my and/or the Insured Person's data with the information collected by the Federation from the insurance industry.

此外，經本人同意，中銀集團保險可能會以其它方式使用及披露本人及/或受保人的個人資料 Moreover, BOCG Insurance may also use and disclose my and/or the Insured Person's personal data otherwise with my consent.

本人有權查閱及要求更正由中銀集團保險持有有關本人及/或受保人的個人資料。如有需要，可向中銀集團保險法律與合規部提出 (電話：2867 0888，傳真：3906 9939) I have the right to obtain access to and to request correction of any personal information concerning myself and/or the Insured Person held by BOCG Insurance. Requests for such access can be made to BOCG Insurance's Legal and Compliance Department (Tel: 2867 0888 / Fax: 3906 9939).

接收推廣訊息指示 Receive Direct Marketing Materials Instruction

本人不欲中銀集團保險使用本人的個人資料經以下渠道作直銷推廣 (請以“✓”選擇渠道) I do not wish BOCG Insurance to use my personal data in direct marketing via the following channel(s) (please use“✓”to select the channel(s)):

- 電子推廣郵件 Promotion Email 電話短訊 SMS 直銷郵件 Direct Mailing 電話直銷 Telephone Call

如您遞交此投保書而沒有在以上任何方格內以“✓”號顯示您的選擇，即代表您並不拒絕中銀集團保險任何形式的直銷推廣。 If you return this Proposal Form without ticking any of the above boxes, it means that you do not wish to opt-out from any form of direct marketing of BOCG Insurance.

以上代表您現在對是否接收直銷推廣資料的選擇，亦取代任何您之前已告知中銀集團保險的選擇。請注意，您以上的選擇適用於根據中銀集團保險的「資料政策通告」上所載的產品、服務及/或標的。請您參考該通告上有關中銀集團保險擬用於直銷推廣的個人資料種類。 The above represents your present choice whether or not to receive direct marketing materials and replaces any choice communicated by you to BOCG Insurance prior to this application. Please note that your above choice applies to the direct marketing of the classes of products, services and/or subjects as set out in the Data Policy Notice of BOCG Insurance. Please also refer to the said Notice on the kinds of personal data which may be used in direct marketing.

將個人資料披露給本集團公司作直接促銷指示 Instruction to disclose personal data to the Group companies for direct marketing

為改善及提供更全面的服務予中銀集團保險的客戶，中銀集團保險可能會將您的個人資料提供予「本集團」*其他成員及其他人作其包括財務、保險、信用卡、證券、商品、投資、銀行及相關服務和產品及授信的直銷推廣 (請您參考中銀集團保險的「資料政策通告」上有關中銀集團保險擬提供之直銷推廣的個人資料種類，該資料擬提供予甚麼類別的人士，以及該資料擬就甚麼類別的產品、服務及/或標的而使用。) 若您**不欲**中銀集團保險提供您的個人資料予以上人士作以上用途，請您在這方格上以“✓”號表示。To improve and provide more comprehensive services to our customers, BOCG Insurance may provide your personal data to other members of the Group* and any other persons for their use in direct marketing of financial, insurance, credit card, securities, commodities, investment, banking and related services and products and facilities and so forth. (Please refer to the Data Policy Notice of BOCG Insurance on the kinds of personal data which may be transferred to in direct marketing, the classes of persons to which your personal data may be provided to, and the classes of products, services and/or subjects in relation to which the data is to be used.) Please tick “✓” this box if you **do not wish** BOCG Insurance to provide your personal data to the above persons for the above purposes.

*「本集團」指中銀集團保險及其控股公司、分行、附屬公司、代表辦事處及附屬成員，不論其所在地。附屬成員包括中銀集團保險的控股公司之分行、附屬公司、代表辦事處及附屬成員，不論其所在地。The “Group” means BOCG Insurance and its holding companies, branches, subsidiaries, representative offices and affiliates, wherever situated. Affiliates include branches, subsidiaries, representative offices and affiliates of BOCG Insurance’s holding companies, wherever situated.

本人確認同意接受本投保書內之所有部份，包括但不限於上列之聲明及收集個人資料聲明。 I confirm my agreement to all sections in this Proposal Form, including but not limited to the above Declaration and Personal Information Collection Statement.

受保人簽署 (若與投保人不同及年齡在 18 歲或以上)
Signature of Insured Person(s) (if other than the Proposer and of age 18 or above)

受保人姓名
Name of Insured Person(s)

投保人姓名及簽署
Name of Proposer & Signature

簽署地: 香港及日期 (日/月/年)
Signed Place: Hong Kong and Date (DD/MM/YY)

本投保書在未被同意受保前，中銀集團保險不負任何責任。

The BOCG Insurance has no liability whatsoever before the application for insurance in this Proposal Form is accepted.

經紀/代理必須填寫以下欄位 (Broker/ Agent must complete the below box)

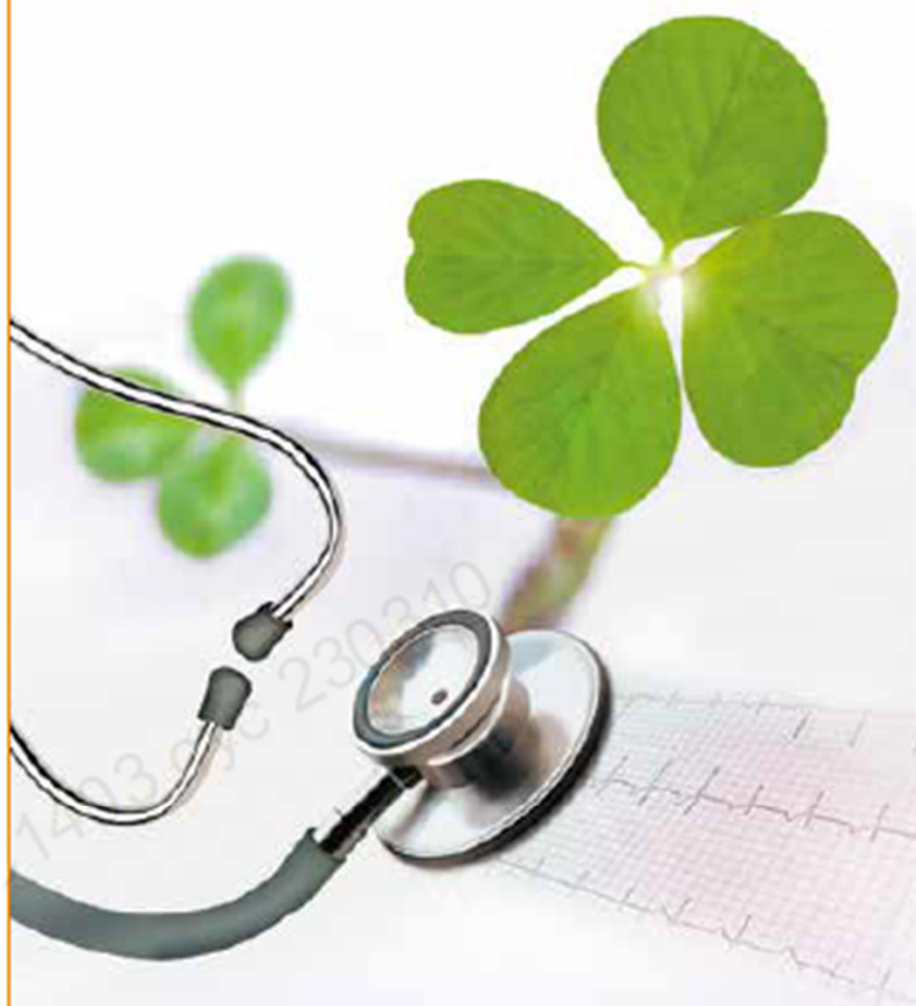
保險公司專用 For Office use only

| | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------|----------------|
| 經紀/代理編號 Broker / Agent No. | 保單編號 Policy No. | 經辦人 Handled By | 覆核人 Checked By |
|----------------------------|-----------------|----------------|----------------|

經紀 / 代理資料 Broker / Agent Information

聯康 住院保障計劃

卓越保障 康健人生



全年保費 HK\$1,740 (由 2020 年 4 月 1 日起生效)

 中銀集團保險
BOCG INSURANCE

 香港工會聯合會
THE HONG KONG FEDERATION OF TRADE UNIONS

工聯會於1948年成立，現有屬下工會逾200多間，屬會及贊助會會員人數近40萬，是目前香港最大規模的勞工團體。工聯會關心會員及市民的需要，不斷開拓多元化福利服務。

工聯會十分關注會員健康，誠邀中銀集團保險有限公司特別為工聯會會員及其家屬呈獻保障範圍全面，且保費特廉的「聯康」住院保障計劃，除涵蓋住院及手術保障外，更設有每日入住香港政府醫院現金津貼。透過一份體貼的住院保障，讓工聯會會員及其家屬擁有健康愉快生活，時刻倍感安心。

中銀集團保險有限公司於1992年7月成立，主要經營一般保險業務，為客戶提供專業、周全的保障和服務。公司自成立以來，秉承“信守承諾、熱誠奉客、精益求精、產品多樣、致力承擔、客戶稱心”的服務宗旨，全力開拓業務來源、實行風險管理、適時調整銷售策略以配合市場的需要。中銀集團保險有限公司實力日益壯大，在社會及保險業界獲得良好的信譽，多年來一直位居香港一般保險市場排行榜的前列位置。

「聯康」住院保障特點

- 會員尊享，度身訂造，周全保障
- 保費特廉
- 24小時全球保障
- 可自由選擇醫院，索賠手續簡便快捷
- 除特殊情況外，無須體格檢驗
- 醫療費用實報實銷，確保充足保障*

| 保障項目及承保範圍 | 最高賠償額 (HK\$) (以每名受保人計算) |
|---|----------------------------|
| 1. 每日住院膳宿費 (每一事故以90天為限) | \$500 |
| 2. 每日醫生巡房費 (每一事故以90天為限) | \$500 |
| 3. 醫院服務費 (每一事故最高賠償金額) | \$10,000 |
| 4. 外科手術費 (按手術項目表賠付) | \$30,000 |
| 5. 手術室費 (每一事故最高賠償金額) | \$9,000 |
| 6. 麻醉師費 (每一事故最高賠償金額) | \$9,000 |
| 7. 專科醫生診療費 (每一事故最高賠償金額) | \$3,500 |
| 8. 每日入住香港政府醫院現金津貼 (每一事故以40天為限) | \$400 |
| 9. 免費24小時全球緊急支援服務 | 詳情請參閱保單 |
| 全年保費 HK\$1,740 ^ (由2020年4月1日起生效) | |

註：# 如同時受保於超過一份住院保單，可分別向本保險計劃及其他保險計劃提出索償要求，但合共獲賠償金額不可超過實際醫療費用及不可超過本保險計劃的最高賠償額。

* 此保費表並未包括由保險業監管局（「保監局」）徵收的保費徵費。保監局將按適用徵費率向保單持有人收取保費徵費。為避免任何法律後果，保單持有人需於繳交保費時向保險公司繳付該筆保費的訂明徵費，並由保險公司將該已繳付的徵費轉予保監局。徵費金額會因應徵費率調整而有所變更。有關詳情，請瀏覽保監局的網頁www.ia.org.hk。

投保須知

| | |
|---------|---|
| 1. 投保資格 | 必須為年齡16歲或以上的香港工會聯合會屬會及贊助會“交費有效期”會員。 |
| 2. 受保對象 | 投保人、其合法配偶及合法子女，而投保人必須為其中一名受保人。 |
| 3. 投保限制 | - 投保人必須為年齡18歲或以上； - 所有受保人必須為年齡65歲或以下並持有香港身份證及以香港為居住地(此計劃不設終身續保) - 合法子女年齡須介乎出生15日後至18歲未婚及未有工作，或年齡不超過23歲就讀全日制的學生。 |
| 4. 投保手續 | 投保人必須填妥投保書，連同劃線支票(如選用支票付款)及工聯咭副本，交回或寄回中銀集團保險有限公司經紀代理拓展部，即可辦理投保手續。 |

長達15天保單審閱期

保單將於中銀集團保險有限公司收到投保書並接納起計10個工作天後起保。在保單起保日15天內未有任何索償要求，投保人可隨時以書面通知中銀集團保險有限公司終止保障，並須連同有關保單退回，已繳付的保費及保費徵費均可獲全數奉還。

• 保費及條款

保費及條款是按照受保人投保時的健康狀況而定。中銀集團保險將保留對所有「聯康住院保障計劃」保單作核保、修改條款及/或調整保費及最高賠償額的權利。

主要不保事項 (詳情及其他不保事項請參閱保單)

投保前已有傷病；受保後首30天內發生的疾病；身體健康檢查，一切牙齒疾護理及手術、休養治療；性病或愛滋病；酗酒、神經錯亂、吸食軟性藥物(包括毒品)；觸犯刑事之行為；因懷孕引致之疾病、產前或產後檢查、分娩及不育或絕育手術；先天性疾病；戰爭、罷工、暴亂、恐怖主義活動、職業性運動或高風險運動；主要因斷症掃描、X光檢查或物理治療而產生的住院費用；門診手術不適用於此保障；入院時間最低六小時；可經僱員保險或其他保險計劃支付的賠償項目(住政府醫院現金津貼保障不受此限制)。

修改及索賠備註

- 更改保單：如在保單生效後，投保人欲更改保單內容，須於保單到期前15天填妥批改申請書，經中銀集團保險有限公司同意及加簽批單，方能生效。
- 索償通知：須於出院後30天內向中銀集團保險有限公司遞交填妥的索賠申請表，並附主診醫生證明書、住院帳單及收據正本。

備註：

- 本計劃由中銀集團保險承保。
- 中銀集團保險已獲保險業監管局授權在中華人民共和國香港特別行政區經營一般保險業務，並受其監管。
- 中銀集團保險保留根據投保人及/或受保人於投保時所提供的資料，而決定是否接受任何有關本計劃投保申請的絕對權利。
- 中銀集團保險保留隨時修訂、暫停及終止本計劃，更改有關條款及細則的權利而毋須事先通知。如有任何爭議，中銀集團保險保留最終決定權。
- 本宣傳品僅供參考，本計劃各項條款及細則以中銀集團保險總發的正式保單為準。各項保障項目及承保範圍、條款及不承保事項，請參閱保單。
- 本宣傳品僅供參考，宣傳品只在香港派發，不能詮釋為在香港以外提供或出售或遊說購買中銀集團保險的產品。

地址：香港中環德輔道中71號永安集團大廈9樓

中銀集團保險熱線：3187 5100

傳真：3906 9909

中銀集團保險網址：www.bocgins.com

